

Współpraca sektora zdrowia i edukacji z wykorzystaniem idei *Health Impact Assessment*

Alicja Domagała

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Alicja Domagała, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków, alicja.domagala@uj.edu.pl

■ Abstract

Cooperation between the health sector and education, based on the idea of the Health Impact Assessment

The main aim of this article is to emphasize the interrelationships between educational activities and the state of health of the population, based on the use of Health Impact Assessment. According WHO, Health Impact Assessment is defined as: "a combination of procedures, methods, and tools by which a policy, program, or project may be judged as to its potential effects on the health of a population, and the distribution of those effects within that population." An HIA is intended to support decision-making choose among options by predicting the health consequences of each option. Health Impact Assessment looks at health from a community perspective. It considers different determinants of health (e.g. social, economic, political, physical) when examining the potential health effects of a proposal. Activities of educational sector have significant impact on the health of both individuals and society as a whole. This impact is obvious (education is important social determinant of health) and supported by a number of scientific evidence. Better understanding of the relationship between education and health will help to identify where intervention is most appropriate and effective in improving both individual and population health. In Poland there is no proven models of cooperation between these two sectors, so it is necessary to take joint action and close cooperation between Ministry of Health, Ministry of Education, Ministry of Sport and many other organizations active in this field.

Key words: determinants of health, education, Health Impact Assessment

Słowa kluczowe: determinanty zdrowia, edukacja, ocena skutku zdrowotnego

■ Wprowadzenie

Artykuł koncentruje się na wzajemnych powiązaniach pomiędzy działaniami edukacyjnymi a stanem zdrowia populacji, ze szczególnym uwzględnieniem idei *Health Impact Assessment* (HIA)¹.

Podejście HIA do zdrowia jest podejściem z perspektywy społeczności, rozważa zarówno uwarunkowania społeczne, ekonomiczne, polityczne, jak również fizyczne determinanty zdrowia, po przeanalizowaniu wszystkich możliwych skutków planowanej interwencji. Metoda HIA (w języku polskim określana jako ocena skutku zdrowotnego) jest ustrukturyzowanym wsparciem dla scharakteryzowania przewidywanych skutków zdrowotnych decyzji, zarówno niekorzystnych, jak i korzystnych dla zdrowia². Metoda HIA jest definiowana

na wiele sposobów, najbardziej popularna jest definicja przyjęta w 1999 roku podczas spotkania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Göteborgu, zgodnie z którą HIA to „kombinacja procedur, metod i narzędzi, przy użyciu których można dokonywać oceny wpływu skutków różnych interwencji (działań, polityk, programów lub projektów) na zdrowie populacji oraz rozkład tych skutków w populacji” [1]. Metoda HIA jest sposobem sprawdzania, czy i jak proponowane/planowane działanie lub polityka wpłynie na zdrowie ludzi, których to działanie będzie dotyczyć. Zamiarem metody HIA nie jest rozstrzygnięcie problemu czy też podjęcie konkretnej decyzji, ale wsparcie procesu decyzyjnego. Narzędzie to pomaga decydentom dokonać wyboru spośród kilku opcji, przewidując konsekwencje każdego z rozważanych wariantów.

Zamiast ustalonej sztywnej struktury procesu metoda HIA posiada możliwość indywidualnego dopasowania do potrzeb i warunków różnych lokalizacji i okoliczności. Może więc być stosowana na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym oraz międzynarodowym i może być stosowana w odniesieniu do działań i polityk różnych sektorów, np. rolnictwa, budownictwa, transportu, górnictwa, przemysłu, edukacji. Narzędzia HIA mogą być pomocne w podejmowaniu decyzji w takich sferach, jak np. polityka podatkowa, polityka zagraniczna, strategie zatrudnienia i planowanie urbanistyczne. Metoda HIA angażuje jednego lub więcej praktyków – dobrze wykształconych i posiadających doświadczenie w zakresie HIA – analizujących dostępne badania na temat potencjalnych problemów i gromadzących dowody naukowe od ekspertów z danego obszaru działania lub polityki, mieszkańców lub członków społeczności lokalnej, urzędników z przedmiotowego sektora, profesjonalistów medycznych itd. Ponadto praktycy HIA mogą uczestniczyć lub organizować spotkania z udziałem różnych sektorów, włączając przedstawicieli społeczeństwa w spotkania z deweloperami, urzędnikami i innymi osobami nadzorującymi proces w celu zebrania jak najszerszych informacji na temat potencjalnych skutków zdrowotnych. Praktycy HIA przygotowują raport, który powinien być zaprezentowany wszystkim zainteresowanym stronom, włączenie ze społeczeństwem. Osoby będące decydentami w kwestii konkretnego projektu lub polityki mogą następnie wykorzystać ten raport – zawierający rekomendacje i zalecenia dla poszczególnych opcji – w celu informowania o swojej decyzji.

Metoda HIA, w zależności od okoliczności, może być zlecona przez agencje rządowe lub innych decydentów zaangażowanych w dane działanie czy politykę: przez realizatora działań/wykonawcę projektu, przez samorząd lokalny, regionalny lub przez mieszkańców albo grupę mieszkańców. Na ogół niezależnie od tego, kto zleca metodę HIA, największą wagę ma ona wtedy, gdy jej idea posiada wsparcie autorytetu władzy.

Zakres potencjalnych zastosowań koncepcji HIA jest bardzo szeroki, metoda ta może być w zasadzie stosowana wszędzie [2].

W zależności od czasu, zasobów i dostępnych kadr metoda HIA na ogół jest prowadzona w jeden z trzech sposobów [3]:

- **HIA typu „Desktop”** – ta metoda HIA jest procesem stacjonarnym, skoncentrowanym głównie na dostępnych badaniach i kontaktach telefonicznych z poszczególnymi zainteresowanymi stronami. Na ogół jest prowadzona przez jedną lub dwie osoby i zajmuje od dwóch do sześciu tygodni.
- **HIA Szybka** – taka metoda HIA obejmuje zarówno dostępne badania, jak i szybkie techniki oceny, w tym badania terenowe i analizę piśmiennictwa. Mimo że może być prowadzona przez jednego lub dwóch badaczy, może także angażować więcej osób i trwać około trzech miesięcy.
- **HIA Kompleksowa** – taki sposób prowadzenia HIA ma na celu znalezienie jak największej liczby dowodów naukowych, przy zastosowaniu szerokiego

przeglądu piśmiennictwa i innych dostępnych metod naukowych, wywiadów pogłębionych, badań kwestionariuszowych, badań oryginalnych (o ile istnieją) i rzetelnych kontaktów z ekspertami i agencjami z sektorów zaangażowanych w projekt podlegający ocenie. Taka metoda HIA wymaga szerszego zespołu i może trwać sześć miesięcy lub więcej.

Ideą HIA jest planowanie poprzez proces partycypacyjny, który angażuje wszystkich interesariuszy i odbywa się we współpracy wszystkich zainteresowanych stron. W praktyce może to oznaczać zachęcenie różnych agencji rządowych do wspólnej pracy i wzajemnej wymiany informacji. Może to także oznaczać zmianę sposobów działania i uczestnictwo społeczeństwa w podejmowaniu decyzji.

Aby metoda HIA była bardziej użyteczna, powinna być przeprowadzona, zanim dane działania czy polityka są wdrożone, wtedy wpływ na zdrowie, czy to pozytywny, czy negatywny, może zostać uwzględniony w ostatecznym projekcie. W praktyce HIA czasami przebiega równolegle wraz z realizowanym działaniem lub polityką albo retrospektywnie – po zakończeniu działania. Metoda HIA przeprowadzana zarówno równolegle z realizowanym projektem, jak i po jego zakończeniu jest lepszym rozwiązaniem niż brak tego typu działań i może skutkować wprowadzeniem korekt, które przyniosą pozytywny wpływ na zdrowie. Łatwiej jest oczywiście zaadaptować plany, niż zmienić coś, co już jest zbudowane lub obowiązujące, najlepiej więc, jeśli metoda HIA jest przeprowadzana przed wdrożeniem rozważanych projektów czy interwencji.

Metoda HIA może być prowadzona w odniesieniu do czterech podstawowych wartości [3]:

1. **Demokracja.** Tam, gdzie to możliwe, wszyscy interesariusze, których dotyczy planowane działanie lub polityka, powinni mieć głos podczas prowadzenia HIA, w trakcie planowania i rozwoju działań i powinni rozumieć potencjalne konsekwencje planowanej interwencji.
2. **Sprawiedliwość.** Metoda HIA powinna oceniać wpływ na zdrowie całej populacji, wszyscy powinni być traktowani sprawiedliwie i równo, ze szczególną uwagą skierowaną na najsłabsze grupy społeczne (dzieci, osoby starsze, osoby o najniższym dochodzie itd.).
3. **Zrównoważony rozwój.** Uwaga powinna być skoncentrowana zarówno na krótko-, jak i długoterminowym wpływie planowanego działania lub polityki. Oznacza to, że duży projekt czy polityka powinny być badane nie tylko w świetle bieżących skutków zdrowotnych, ale również potencjalnych skutków w przyszłości.
4. **Etyczne wykorzystanie dowodów.** Badania w procesie HIA powinny być obiektywne i odnosić się do rzeczywistych warunków, zamiast wykorzystywać wyniki potwierdzające preferowany wariant. Oznacza to, że należy wyszukać i wskazać wszystkie dostępne informacje, a nie tylko te, które popierają preferowane stanowisko.

Etyczne wykorzystanie dowodów koncentruje się nie tylko na etyce, lecz także na skuteczności metody HIA. Na ogół wyróżnia się cztery poziomy skuteczności metody HIA [3]:

- **Bezpośrednia skuteczność** występuje wtedy, gdy w rezultacie przeprowadzenia HIA dokonano modyfikacji projektu lub polityki.
- **Ogólna skuteczność** ma miejsce, gdy metoda HIA została prawidłowo przeprowadzona i właściwie przemyślana, ale nie spowodowała zmian w pierwotnej decyzji – albo dlatego, że zmiany nie są konieczne, albo dlatego, że dowody były kompletne i dobrze przeanalizowane, i według ostatecznej decyzji potencjalny wpływ na zdrowie populacji był mniej istotny niż rezultaty planowanej interwencji.
- **Oportunistyczna skuteczność** – metoda HIA została zastosowana tylko w celu potwierdzenia albo wsparcia planowanej decyzji. W takich przypadkach może się zdarzyć, że przedstawione dowody są nie do końca rzetelne.
- **Brak skuteczności** – metoda HIA została przeprowadzona, ale jej wyniki zlekceważono lub uwzględniono w tak małym stopniu, że nie jest pomocne (**Tabela I**).

W toku rozwoju idei HIA ukształtowały się dwie szkoły myśli w tym zakresie, przy czym należy zaznaczyć, że te dwie drogi myślenia różnią się zarówno w zakresie podejścia metodologicznego, jak również podejścia do koncepcji ramowych, w których metoda HIA powinna być rozwijana. Poniższe zestawienie pokazuje sfery, w których te dwie szkoły mają odmienne podejście.

Szkoły Myśli w zakresie Health Impact Assessment

- Epidemiologia *versus* socjologia.
- Metody ilościowe *versus* metody jakościowe.
- Techniczna *versus* partycypacja.
- Bezstronność *versus* orędownictwo.
- Narzędzia dla władzy *versus* broń przeciwko władzy.
- Dobrowolny *versus* regulowany.
- Zintegrowany *versus* szczegółowy [4].

Decyzje podjęte na potrzeby różnych interwencji zdrowotnych (polityk, działań, programów i projektów) dotyczą warunków, w których ludzie się rodzą, rosną,

mieszkają, pracują i starzeją się (np. uwarunkowania społeczne zdrowia). Stąd wyłania się potrzeba analizy potencjalnych skutków dla zdrowia przed wdrożeniem interwencji i wprowadzeniem jej w praktykę. Jeśli metoda HIA jest właściwie zastosowana, rekomenduje opcje alternatywnych i łagodniejszych strategii w celu upewnienia się, że decydenci będą chronić i promować zdrowie populacji. Metoda HIA pojawia się jako niezależne pole w praktyce w odpowiedzi na luki w istniejących mechanizmach rozważania decyzji instytucjonalnych w zakresie zdrowia oraz w odpowiedzi na zaproszenia do wspólnych działań międzyinstytucjonalnych z zakresu promocji zdrowia. W ciągu ostatnich dwóch dekad metoda HIA ewoluowała w kierunku niezależnej, profesjonalnej praktyki stosowanej coraz powszechniej na arenie międzynarodowej. Znaczenie tej metody pojawiło się na poziomie rządów i samorządów lokalnych, organizacji społecznych, uniwersytetów i przemysłu. Zarówno agencje zdrowia publicznego, jak również inne organizacje coraz częściej wykorzystują metodę HIA jako jeden ze środków podnoszących świadomość o determinantach zdrowia w celu zwiększenia ostrożności działań i wsparcia polityki publicznej oraz rozszerzenia współpracy pomiędzy poszczególnymi instytucjami, a nawet sektorami. Celem tego artykułu jest zwrócenie uwagi na współzależność i wzajemne powiązania pomiędzy działaniami edukacyjnymi a stanem zdrowia populacji, ze szczególnym uwzględnieniem idei HIA.

Powiązania pomiędzy edukacją a zdrowiem

Zakres czynników i uwarunkowań wpływających na stan zdrowia jednostki i populacji jest bardzo szeroki, zdrowiem nie może się więc zajmować tylko sektor zdrowia, ponieważ na jego stan istotny wpływ mają także działania i inicjatywy innych sektorów. Najważniejsze uwarunkowania zdrowia i chorób są zwykle przedmiotem decyzji polityków instytucji spoza sektora zdrowia publicznego, w związku z tym należy zwrócić uwagę na dwie istotne kwestie. Po pierwsze, zwiększyła się powszechna akceptacja tego, że pojęcie zdrowia populacji wykracza poza sektor zdrowia i dlatego konieczne jest włączenie innych sektorów w ich zobowiązania do

Czym JEST HIA?	Czym NIE JEST HIA?
<ul style="list-style-type: none">• HIA jest podejściem wspierającym decydentów w podejmowaniu decyzji, poprzez przewidywanie konsekwencji i wyjaśnienie różnych kompromisów, które muszą być podjęte.• HIA aspiruje do opisanie wszystkich możliwych skutków zdrowotnych. HIA może wśród przewidywanych skutków wskazywać m.in. takie konsekwencje, jak: śmierć, przyjęcie do szpitala, bezsenność, niepokój, utratę poczucia własnej wartości.• HIA jest uporządkowanym sposobem obiektywnej oceny wpływu na zdrowie i efektywnego wykorzystania zasobów publicznych.	<ul style="list-style-type: none">• HIA nie jest skomplikowanym rachunkiem różniczkowym, który identyfikuje najlepszą opcję polityki.• HIA nie dokonuje oceny wartości względnej znaczenia różnych wyników, ponieważ takie orzeczenia są zarezerwowane dla decydentów.

Tabela I. Czym jest, a czym nie jest Health Impact Assessment.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Health Impact Assessment: Concepts and Guidelines for the Americas, Special Program on Sustainable Development and Health Equity, Washington, D.C. 2013 [4].

ponoszenia odpowiedzialności za zdrowie. Po drugie, interwencje proponowane przez różnych interesariuszy – włączając sektor zdrowotny – powinny być analizowane, zanim podejmie się ostateczną decyzję – w celu dokonania koniecznej korekty, zanim ta interwencja zostanie wdrożona.

Koncepcja „Zdrowie dla wszystkich polityk” (*Health for All Policies* – HfAP) zakłada ścisłą współpracę międzysektorową i konieczność uwzględniania szerszego kontekstu politycznego i potencjalnego wpływu na stan zdrowia mieszkańców. Sektor zdrowia może się starać uzyskać zaangażowanie i poparcie innych sektorów, tak aby polityki i działania na rzecz zdrowia wykraczające poza kompetencje sektora zdrowia przynosiły pożądane rezultaty i przyczyniały się do osiągnięcia konkretnych celów zdrowotnych [5].

Szeroką współpracę rządową i międzysektorową na rzecz zdrowia zakłada podejście „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” (ang. *governance for health*), podkreślające konieczność zaangażowania i ścisłej współpracy na rzecz zdrowia licznych podmiotów i organizacji (publicznych i niepublicznych), w tym organizacji centralnych (np. rząd, parlament, poszczególne ministerstwa), społeczeństwo (społeczności lokalne, firmy, media, fundacje), jak również organizacji międzynarodowych, np. Unia Europejska. Takie podejście wskazuje na konieczność ścisłej współpracy międzysektorowej na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym [6].

Jednym z sektorów, którego wpływ na zdrowie zarówno jednostek, jak i całego społeczeństwa jest oczywisty i poparty wieloma dowodami naukowymi, jest sektor edukacji. Skala zależności pomiędzy edukacją a zdrowiem jest zróżnicowana w zależności od analizowanych działań czy polityki, ale na ogół ma istotne znaczenie, co zostało poparte wieloma dowodami naukowymi. Przegląd literatury przedmiotu na temat wpływu zdrowia i zachowań zdrowotnych na wyniki w nauce dzieci w krajach wysoko rozwiniętych wskazuje, że status zdrowotny dziecka przekłada się na jego wyniki i osiągnięcia w procesie edukacji. Wykazano także dodatnie sprzężenie zwrotne pomiędzy aktywnością fizyczną a wynikami osiąganymi na studiach (zarówno otyłość, jak i nadwaga mają negatywny wpływ na wyniki w nauce) [7]. Wpływ edukacji na zdrowie odbywa się na różnych szczeblach i poziomach procesu kształcenia, przy czym zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a zdrowiem psychicznym jest bardziej wyraźna w przypadku młodszych grup wiekowych, w starszych grupach wiekowych zaś zaobserwowano widoczną zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a sprawnością fizyczną [8]. Badania prowadzone w 22 krajach europejskich wykazały, że osoby o niskim ogólnym poziomie edukacji częściej zgłaszają słaby ogólny stan zdrowia i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu [9]. Wyniki innych badań pokazują, że niski poziom edukacji jest powiązany ze zwiększonym ryzykiem zgonu z powodu raka płuc, udaru mózgu, chorób układu krążenia i chorób infekcyjnych. Podobne zależności wykazano pomiędzy poziomem edukacji a takimi

chorobami, jak: cukrzyca, astma, demencja czy depresja [10]. Dodatkowe cztery lata edukacji obniżają ogólną pięcioletnią śmiertelność o 1,8 punktu procentowego, a ryzyko chorób serca zmniejsza się o 2,16 punktu procentowego, ryzyko cukrzycy zaś o 1,3 punktu procentowego [11].

Dowody naukowe wskazują, że osoby, które uzyskały wyższy poziom edukacji, wykazują większe tendencje do zachowań prozdrowotnych, a mniejsze do zachowań szkodliwych dla zdrowia. Szczególnie wyraźnie związek ten jest widoczny w przypadku: aktywności fizycznej, diety, palenia tytoniu czy szkodliwych zachowań seksualnych [12].

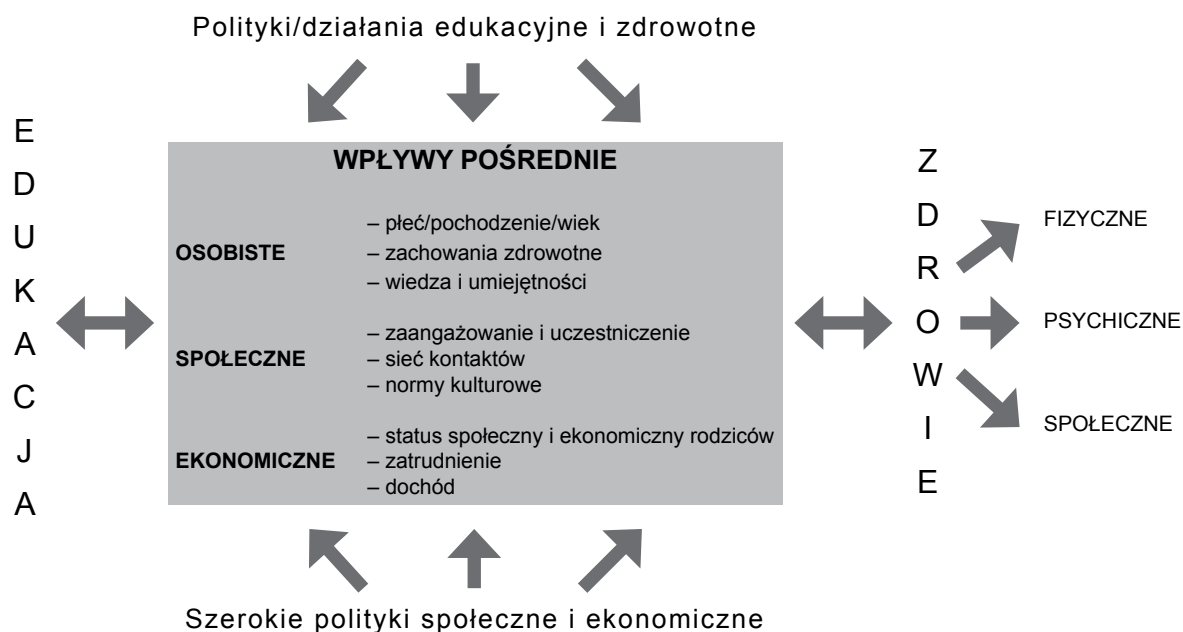
Ważnym pojęciem dla analizowanych zagadnień są tzw. kompetencje społeczne (ang. *health literacy*) rozumiane jako stopień, w jakim jednostka jest w stanie pozyskać, przetworzyć i zrozumieć podstawowe informacje zdrowotne i działania potrzebne do podjęcia właściwych decyzji [13]. Osoby o wyższych kompetencjach zdrowotnych i wyższym poziomie wykształcenia są bardziej zainteresowane wiedzą na temat czynników warunkujących zdrowie i możliwych schematów leczenia danego schorzenia w porównaniu z osobami słabiej wykształconymi. Przykładowo osoby o niższym poziomie edukacji są mniej zainteresowane wiedzą na temat skutków zdrowotnych palenia tytoniu, a osoby otyłe o niskim poziomie wykształcenia w mniejszym stopniu są przekonane, że utrata wagi przyniesie im korzyści zdrowotne [10]. Badania potwierdzają, że osoby o wyższym poziomie wykształcenia chętniej uczestniczą w różnego rodzaju programach prewencyjnych, np. nowotworowych programach przesiewowych [10].

Na **Rysunku 1** przedstawiono wzajemne, współzależne powiązania pomiędzy edukacją a zdrowiem. Jak widać na schemacie, edukacja i zdrowie pozostają zarówno pod wpływem szerokich polityk społecznych i ekonomicznych, jak również konkretnych, specyficznych działań/polityk w zakresie edukacji czy zdrowia. Skutki zdrowotne edukacji uwarunkowane są czynnikami indywidualnymi, społecznymi i ekonomicznymi.

Organizacja systemu edukacji w Polsce w kontekście współpracy z sektorem zdrowia

Przepisy prawne dotyczące systemu edukacji w Polsce reguluje Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 roku z późniejszymi zmianami³. Zgodnie z zapisami Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każdy obywatel naszego kraju ma prawo do nauki. Kształcenie w szkołach publicznych jest bezpłatne. Kształcenie obowiązkowe trwa w Polsce 10 lat i obejmuje ostatni rok edukacji przedszkolnej, 6-letnią szkołę podstawową oraz 3-letnie gimnazjum. Łączny czas nauki do momentu ukończenia szkoły dającej możliwość przystąpienia do egzaminu maturalnego wynosi 12–15 lat.

System oświaty w Polsce jest centralnie zarządzany przez Ministra Edukacji Narodowej, administrowanie szkołami (podstawowymi i średnimi) zaś jest zdecentralizowane, poszczególne rodzaje jednostek samorządu terytorialnego zarządzają różnymi typami szkół:



Rysunek. 1. Powiązania pomiędzy edukacją a zdrowiem.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu „Health impacts of education – a review”, Institute of Public Health in Ireland, 2008 [10].

- **gmina** zarządza przedszkolami, szkołami podstawowymi i gimnazjami;
- **powiat** zarządza szkołami średnimi II stopnia (tj. liceami ogólnokształcącymi, szkołami zawodowymi i technikami);
- **województwo** zarządza szkołami o charakterze regionalnym i ponadregionalnym.

Nadzór nad szkołami sprawuje Minister Edukacji Narodowej oraz regionalni kuratorzy oświaty. Uczelnie wyższe stanowią oddzielny system szkolnictwa wyższego, regulowany centralnie przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Szkoły wyższe są autonomiczne, co oznacza, że samodzielnie regulują kwestie związane z nauką oraz administrowanie wewnętrzne. W wyniku reform wprowadzonych w polskiej edukacji w 1999 roku, dotyczących zarówno podstawy programowej, jak też struktury, organizacji i zarządzania, powstał system edukacji charakteryzujący się następującymi cechami⁴:

- **Połączenie elementów centralizacji i decentralizacji.** Centralizacja dotyczy m.in. nadzoru, tworzenia programów (za co prawnie odpowiada Minister Edukacji Narodowej i Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego), decentralizacja zaś dotyczy administrowania placówkami edukacyjnymi (za co odpowiadają poszczególne szczeble samorządu terytorialnego).
- **System zewnętrznych egzaminów** przeprowadzanych na zakończenie każdego etapu edukacji szkolnej. Udział w egzaminie jest obowiązkowy do ukończenia nauki w szkole podstawowej i w gimnazjum, nie jest zaś obowiązkowy dla uczniów w szkołach średnich II stopnia, zewnętrzny egzamin dojrzałości/maturalny warunkuje jednak możliwość podjęcia nauki na poziomie wyższym.

- **Dominacja szkolnictwa publicznego nad prywatnym** (liczba publicznych placówek i ich uczniów jest znacząco wyższa w porównaniu z liczbą szkół niepublicznych i ich uczniów. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku szkolnictwa wyższego).

W obecnym systemie edukacji w Polsce wyróżniamy następujące poziomy:

- **Wczesna edukacja i opieka** – składa się z dwóch etapów, dla dzieci w wieku 0–3 lata i 3–5 lat. Dla każdego z etapów przewidziano inne instytucje: żłobki i kluby dziecięce (dzieci 0–3 lata) oraz przedszkola, oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych, zespoły wychowania przedszkolnego (dzieci w wieku 3–5 lat).
- **Szkolnictwo podstawowe** – realizowane w 6-letnich obowiązkowych szkołach podstawowych.
- **Szkolnictwo średnie I stopnia (gimnazja)** – 3-letnie gimnazja prowadzące kształcenie ogólne młodzieży pomiędzy 13. a 16. rokiem życia.
- **Szkolnictwo średnie II stopnia** – obejmujące:
 - 3-letnie licea ogólnokształcące;
 - 3-letnie zasadnicze szkoły zawodowe;
 - 4-letnie technika.

Do szkół średnich uczęszcza młodzież w wieku 16–19 lat (w przypadku technikum 16–20 lat).

- **Szkolnictwo policealne** jest w polskim systemie edukacji szkolnictwem na poziomie średnim, trwa od 1 do 2,5 roku. Szkoły policealne są przeznaczone dla osób z wykształceniem średnim ogólnym, pozwalają po zdaniu stosownego egzaminu na uzyskanie dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe.
- **Szkolnictwo wyższe** – system szkolnictwa wyższego i jego funkcjonowanie reguluje ustawa z dnia

27 lipca 2005 roku z późn. zm. – Prawo o szkolnictwie wyższym⁵. Szkoły wyższe dzielą się na uczelnie akademickie oraz uczelnie zawodowe. Oba typy uczelni prowadzą studia I i II stopnia oraz jednolite studia magisterskie. Studia mogą się odbywać w dwóch formach organizacyjnych: stacjonarnej i niestacjonarnej. Studia I stopnia trwają 3–4 lata w przypadku licencjata i 3,5–4 lata w przypadku inżyniera. Posiadanie tytułu licencjata lub inżyniera uprawnia do podjęcia studiów II stopnia. Czas trwania studiów II stopnia w zależności od kierunku wynosi od 1,5 roku do 2 lat. Studia na wybranych kierunkach są prowadzone jako jednolite studia magisterskie i trwają 4–6 lat. Ostatnim etapem kształcenia są studia doktorskie prowadzone na uczelniach i w placówkach naukowo-badawczych, trwające od 3 do 4 lat.

- **Kształcenie dorosłych** – dotyczy uzupełnienia przez osoby dorosłe wykształcenia szkolnego na poziomie podstawowym i średnim, a także uzyskiwania i uzupełniania kwalifikacji i umiejętności w celach zawodowych i osobistych. Kształcenie ustawiczne dorosłych jest jednym z priorytetów edukacji wskazywanym przez Komisję Europejską (*life-long-learning*). W Polsce funkcjonują następujące formy kształcenia dla dorosłych: szkolne (m.in. szkoły dla dorosłych, studia podyplomowe, Uniwersytety Trzeciego Wieku) i pozaszkolne (prowadzone przez stowarzyszenia, organizacje społeczno-polityczne, ośrodki kształcenia praktycznego, w tym zakłady pracy, fundacje, kluby zainteresowań). Najbardziej popularną formą kształcenia dla dorosłych są kursy zawodowe. Przepisy prawne regulujące system oświaty oraz system szkolnictwa wyższego obejmują jedynie kształcenie i szkolenie dorosłych w jednostkach oświaty i szkolnictwa wyższego. Kształcenie ustawiczne w Polsce charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem organizatorów (instytucji nauczania), różnorodnością form kształcenia i wielopoziomością.

W polskim systemie edukacji ciągle obserwuje się wiele zjawisk prowadzących do nierówności. W dokumencie pt. „Szkoła i nierówności społeczne” podkreślono, że „polski system szkolny przyczynia się do nieuzasadnionego różnicowania uczniów, a polskie szkoły uczestniczą w reprodukcji nierówności społecznych” [14]. Obszar ten powinien więc podlegać szczególnej trosce decydentów i polityków, zwłaszcza w kontekście omówionego wcześniej powiązania pomiędzy poziomem edukacji a stanem zdrowia.

Współpraca sektora edukacji z sektorem zdrowia

Ważnym aktem prawnym dla analizowanej problematyki było Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół⁶. We wstępie do podstawy programowej, **po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce, zapisano: „Ważnym zadaniem szkoły podstawowej jest także edukacja zdrowotna,**

której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”. Nowym rozwiązaniem w systemie polskiej edukacji jest powiązanie edukacji zdrowotnej z wychowaniem fizycznym⁷:

- na I etapie edukacyjnym (klasy I–III szkoły podstawowej) wyodrębniono obszar „wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”;
- na II etapie edukacyjnym (klasy IV–VI szkoły podstawowej), III etapie (gimnazjum) i IV etapie edukacyjnym (szkoła ponadgimnazjalna) zapisano, że wychowanie fizyczne „pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej”;
- w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wyodrębniono blok tematyczny „edukacja zdrowotna”;
- ponadto rozszerzono zakres edukacji zdrowotnej o aspekty zdrowia psychospołecznego, ze szczególnym uwzględnieniem osobistych i społecznych umiejętności życiowych.

Podstawą do konstruowania bloku „edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym było przyjęcie definicji „edukacji zdrowotnej” jako procesu dydaktyczno-wychowawczego, w którym uczniowie uczą się, jak żyć, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki⁸.

Ministerstwo Edukacji Narodowej podejmuje formalną współpracę z innymi ministerstwami w celu wspólnego realizowania działań/polityk edukacyjnych. Jednym z przykładów jest **Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży** podpisane 23 listopada 2009 roku. Takie prawne umocowanie wielosektorowej współpracy może stworzyć grunt do implementacji procesu HIA. W praktyce jednak to porozumienie okazało się jedynie dokumentem formalnym, który nie przełożył się na konkretne działania i usprawnienie współpracy, a eksperci oceniają go jako kolejny „martwy dokument” [15].

Wdrażanie narzędzi HIA w podejmowanie decyzji dotyczących działań/polityk w zakresie edukacji w kontekście wpływu na zdrowie powinno uwzględniać zaangażowanie wielu podmiotów, w tym: Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Sportu i Turystyki, Narodowego Funduszu Zdrowia, kuratoriów oświaty, jednostek samorządu terytorialnego jako podmiotów prowadzących szkoły na poszczególnych poziomach edukacji (gminy, powiaty, województwa), poszczególnych jednostek oświatowych (przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, licea ogólnokształcące, szkoły zawodowe, technika), uczelni wyższych oraz instytucji zajmujących się kształceniem osób dorosłych. Lista instytucji, które mogą i powinny włączyć się w wielosektorową współpracę, jest więc bardzo długa. W Polsce do tej pory nie podejmowano prób adaptacji metody HIA do wdrażania interwencji edukacyjnych.

Istnieje jednak wiele doświadczeń międzynarodowych, które mogłyby stanowić przykład dobrej praktyki w tym zakresie. Jednym z przykładów takich przedsięwzięć są działania prowadzone w USA w ramach programu The Health Impact Assessment Project⁹ pod nazwą „California Ballot Proposition 49: After School Programs” [16]. W Kalifornii w 2002 roku przygotowano i zatwierdzono w formie ustawy stanowej tzw. Before and After School Programs Act. Program dotyczył zwiększenia finansowania ze środków budżetu centralnego państwa programów prozdrowotnych oferowanych uczniom w szkołach po lekcjach i przed lekcjami.

Założenia programu „Before and After School Programs”

- Zwiększenie funduszy z budżetu państwa przeznaczonych na realizację programów oferowanych uczniom przed lekcjami i po lekcjach w formie m.in. korepetycji domowych, wprowadzenia tutoringu dla uczniów, wzbogacenia programów kształcenia.
- Program kierowany był do szkół publicznych na poziomie szkolnictwa średniego (*middle/junior high school*) i zakładał dofinansowanie z budżetu państwa w wysokości od 50 000 do 75 000 dolarów. Utrzymano wymóg lokalnego współfinansowania programu.
- Zapewniono priorytet dla dodatkowego finansowania w przypadku tych szkół, w których przeważali uczniowie z rodzin o niskich dochodach.
- Jako priorytet przyjęto dalsze finansowanie w formie dotacji programów w tych szkołach, w których były do tej pory realizowane.

Na uwagę zasługuje fakt, że przyjęcie tego programu i podjęcie decyzji o zwiększeniu finansowania **było poprzedzone badaniem skutków zdrowotnych** realizowanych do tej pory programów. Potencjalne skutki zdrowotne wśród młodzieży były analizowane w sześciu obszarach:

1. Poprawa wyników w nauce prowadząca do poprawy statusu społeczno-ekonomicznego.
2. Redukcja przestępstw.
3. Profilaktyka nadużywania substancji uzależniających.
4. Zwiększenie aktywności fizycznej.
5. Poprawa zdrowia psychicznego.
6. Zmniejszenie liczby ciężarów wśród nastolatków i chorób przenoszonych drogą płciową.

Inną ciekawą inicjatywą jest program realizowany przez Center for Disease Control and Prevention „Health and Healthy Places: CDC’s Built Environment and Health Initiative” (znany także pod nazwą Healthy Community Design Initiative) [17]. Program ten zakładał poprawę zdrowia publicznego poprzez:

- Łączenie kontroli zdrowia publicznego z podejmowaniem decyzji przez lokalną społeczność.
- Poprawę sposobu podejmowania decyzji przez społeczność lokalną za pomocą narzędzi HIA.
- Edukację decydentów na temat wpływu na zdrowie społeczności lokalnej.
- Budowanie partnerstwa opartego na społecznościowym sposobie podejmowania decyzji.
- Prowadzenie badań w celu określenia powiązań między zdrowiem a funkcjonowaniem społecznościowym.

- Przekładanie badań na implementację najlepszych praktyk.

Jednym z kluczowych czynników wpływających na stan zdrowia, który można modyfikować poprzez odpowiednie działania edukacyjne, jest aktywność fizyczna, która powinna być zwiększona dzięki planowanym interwencjom edukacyjnym. Znaczenie i rola sportu oraz aktywności fizycznej dla zdrowia potwierdzone są licznymi badaniami i analizami [18]. Wyniki badań pokazują, że osoby o wyższym poziomie edukacji chętniej uprawiają różne rodzaje sportu. Uprawianie aktywności fizycznej każdego dnia przyczynia się do osobistego, społecznego i fizycznego rozwoju i jest uznawane za najlepszą drogę do zachowania i poprawy stanu zdrowia. WHO rekomenduje, aby osoby z młodszych grup wiekowych poświęcały minimum 60 minut każdego dnia na umiarkowaną aktywność fizyczną [10]. Aktywność fizyczna w dzieciństwie i młodości pełni cztery istotne funkcje [19]:

1. stymulacja i wspomaganie rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego;
2. adaptacja do bodźców i zmian środowiska fizycznego i społecznego;
3. kompensacja nadmiernego unieruchomienia związanego z nauką w szkole, oglądaniem telewizji, spędzaniem czasu przed komputerem;
4. korekcja i terapia wielu zaburzeń, w tym zwłaszcza otyłości, cukrzycy, dziecięcego porażenia mózgowego.

Badania naukowe wykazały wiele korzyści dla zdrowia wynikających z uprawiania aktywności fizycznej. Aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko większości chorób przewlekłych, w tym zwłaszcza chorób układu krążenia, nadwagi, otyłości, cukrzycy typu 2 oraz niektórych nowotworów [20, 21]. W polskich uwarunkowaniach podejmowane są liczne działania mające na celu zwiększenie aktywności fizycznej. Jednym z takich działań prowadzonych w skali krajowej był program „Moje Boisko – Orlik 2012”¹⁰. Był to program rządowy zakładający wybudowanie nowoczesnych, bezpiecznych, ogólnodostępnych i nieodpłatnych kompleksów sportowo-rekreacyjnych w każdej gminie do 2012 roku. Program ten był największym tego typu przedsięwzięciem w Europie. Główne jego cele to:

- udostępnienie dzieciom i młodzieży nowoczesnej infrastruktury sportowej w celu sprzyjania aktywnemu rozwojowi fizycznemu oraz uprawianiu sportu pod okiem trenera – animatora;
- popularyzacja aktywnego stylu życia, a więc rodzinnych zawodów sportowych, weekendów ze sportem i turystyką.

Z budżetu państwa na ten cel wydano w latach 2008–2012 około 1,2 mln zł. W ciągu pięciu lat trwania projektu z oferty skorzystało łącznie 1668 gmin, powstało w kraju około 2600 obiektów. Program był przedmiotem wielu badań, sprawozdań, raportów i analiz. Projekt ten miał wielu zwolenników, ale budził także liczne kontrowersje. W trakcie planowania, realizacji i monitoringu programu nie prowadzono analizy skutków zdrowotnych, zwłaszcza w kontekście faktycznego wykorzystania powstałej infrastruktury.

W praktyce realizacja zadań profilaktyki zdrowotnej poprzez wzrost aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce budzi poważne obawy. Najwyższa Izba Kontroli w swoim raporcie z 2013 roku pt. „Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych” stwierdza, że: „Współpraca Ministra Edukacji Narodowej z Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki na rzecz rozwoju wychowania fizycznego i sportu szkolnego nie była systematyczna i nie doprowadziła do rozwiązania problemów występujących w tym obszarze” [22]. Jednym z kluczowych wniosków pokontrolnych jest konieczność podjęcia współpracy ministra sportu z ministrem zdrowia ukierunkowanej na wypracowanie rozwiązań dotyczących przeciwdziałania wadom postawy wśród uczniów oraz narastającemu zjawisku zwolnień z zajęć wychowania fizycznego.

Tak więc zasadność wdrażania metody HIA oraz umacniania idei współpracy wielosektorowej w zakresie działań edukacyjnych wydają się szczególnie uzasadnione. Próba analizy uwarunkowań tego procesu oraz konstrukcji modelu współpracy jest przedmiotem badawczym i wyzwaniem projektu predefiniowanego dotyczącego ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu realizowanym w ramach Programu PL 13 pn. „Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu”¹¹.

Podsumowanie i wnioski

W przypadku metody HIA w odniesieniu do działań edukacyjnych kluczowe pytanie dotyczy problemu skutecznego podejmowania działań/polityk edukacyjnych wywierających skutki zdrowotne nie tylko na etapie planowania i implementacji działań, lecz także monitorowania dalszego trwania podjętych interwencji w celu określenia faktycznych, tj. uzyskanych skutków zdrowotnych, a nie tylko tych prognozowanych. W tym celu niezbędne jest przeprowadzenie szczegółowej analizy retrospektywnej i prospektywnej w celu próby konstrukcji modelu działania międzyinstytucjonalnego z wykorzystaniem idei HIA przy wdrażaniu działań/polityk edukacyjnych wywierających potencjalne skutki zdrowotne dla zdrowia jednostki/populacji na różnych szczeblach edukacji. Ze względu na wyraźne wzajemne powiązanie pomiędzy edukacją a zdrowiem ważne jest, aby wszelkie działania/polityki w tych dziedzinach nie były planowane i podejmowane w izolacji. Zalecana jest systematyczna, stała współpraca obu sektorów i odpowiednich departamentów. Poprzez wprowadzenie narzędzi i metody HIA do procesów podejmowania decyzji w tych sferach instytucje mogą być wsparte w podejmowaniu lepszych decyzji. Organizacje i instytucje, które są przyjazne metodzie HIA, powinny zatrudniać osoby posiadające kompetencje do wielosektorowej współpracy. Osoby takie powinny posiadać umiejętność szerokiego, wieloaspektowego analizowania problemów, jak również umiejętności komunikacyjne i negocjacyjne pozwalające na dochodzenie do konsensusu w przypadku spornych interesów.

Wyniki programu Crossing Bridges [5] pokazują, że udana współpraca międzysektorowa, która jest konieczna

w przypadku HIA, powinna zawierać cztery powiązane z sobą kluczowe elementy:

1. Pełnomocnictwa, regulacje, przepisy (w tym dotyczące zagadnień przekrojowych, np. zrównoważony rozwój, dobrostan, solidarność, równość).
2. Budowanie relacji/negocjowanie stanowisk (wzajemne dzielenie się wiedzą i umiejętnościami).
3. Wspólne wdrażanie polityk i programów (silne przywództwo, struktury, czas i zasoby).
4. Dowody naukowe i ocena (jak inne obszary polityki wpływają na zdrowie, w jaki sposób zdrowie wpływa na inne obszary polityki).

Systematyczne podejście do angażowania innych sektorów w działania na rzecz zdrowia jest łatwiejsze przy silnym przywództwie zarówno na poziomie rządowym, jak i samorządowym, osiąganym przez odpowiednie pełnomocnictwa i regulacje. Warunkiem powodzenia jest także zatrudnienie kadr zaangażowanych w ideę HIA i posiadających stosowne kompetencje, w tym kompetencje menedżerskie. Niezbędne jest także opieranie się na twardych dowodach naukowych, zwiększających świadomość tego, jak inne sektory wpływają na zdrowie. Ważna jest więc umiejętność dotarcia do tych dowodów, ich interpretacji i przedstawienia zaangażowanym stronom, uświadamiając im równocześnie, jaki wpływ na zdrowie mają ich działania i nakłonienie do wzięcia na siebie odpowiedzialności [23].

Przypisy

¹ Niniejszy artykuł powstał na podstawie analizy zebranych materiałów w ramach realizacji projektu pt. *Projekt predefiniowany dotyczący ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu realizowany w ramach Programu PL 13 pn. Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu*, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014 – w ramach konsorcjum „Nauka i Zdrowie” (umowa nr A-AE-KN-12/5/2013).

² Szczegółowy opis koncepcji, uwarunkowań i specyfiki podejścia *Health Impact Assessment* został przedstawiony w artykule Włodzimierza C. Włodarczyka pt. *Koncepcja „Oceny wpływu na zdrowie” (Health Impact Assessment) i jej wykorzystanie w Unii Europejskiej. Perspektywa sektora prywatnego*, opublikowanym w „Zeszytach Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; VIII (1).

³ Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 roku (Dz.U. 1991 Nr 95 poz. 425).

⁴ Na podstawie informacji ze strony Biura Uznawalności Wychowania i Wymiany Międzynarodowej, <http://www.bu-wiwm.edu.pl/> oraz European Encyclopedia on National Education Systems, <https://webgate.ec.europa.eu/>; dostęp: 17.05.2015.

⁵ Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. 2005, Nr 164 poz. 1365).

⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2009, Nr 4, poz. 17).

⁷ Opracowano na podstawie informacji zawartych na stronie Ministerstwa Edukacji Narodowej, www.men.gov.pl.

⁸ Celem edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży – według informacji podanych na stronie internetowej Ministerstwa Edukacji Narodowej – „jest udzielanie im pomocy w: poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać, rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi, wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości, rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia, przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej”.

⁹ Prowadzony przez UCLA School of Public Health w ramach grantu rządowego, Partnership for Prevention/UCLA School of Public Health Health Impact Assessment Project, 2003.

¹⁰ Regulacje prawne programu „Moje Boisko – Orlik 2012” określa rozporządzenie Ministra Sportu i Turystyki z dnia 6 kwietnia 2009 roku w sprawie dofinansowania z budżetu państwa zadań związanych z budową i remontami obiektów sportowych oraz rozwijaniem sportu.

¹¹ Rezultaty i wyniki prac ww. projektu powinny być dostępne w 2016 roku.

Piśmiennictwo

1. WHO, *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach, Gothenburg consensus paper*, WHO Regional Office for Europe, 1999.
2. Włodarczyk C., *Koncepcja „Oceny wpływu na zdrowie” (Health Impact Assessment) i jej wykorzystanie w Unii Europejskiej. Perspektywa sektora prywatnego*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; VIII (1): 82.
3. Community Tool Box, *What is a Health Impact Assessment?*, <http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/overview/models-for-community-health-and-development/health-impact-assessment/main>; dostęp: 20.05.2015.
4. *Health Impact Assessment: Concepts and Guidelines for the Americas*, Special Program on Sustainable Development and Health Equity, Washington, D.C. 2013.
5. *Zdrowie dla wszystkich polityk – Wspólne działania na rzecz zdrowia i dobrostanu*, Crossing Bridges, 2012.
6. *Governance for health in the 21st century*, WHO Regional Office for Europe 2011.
7. Suhrcke M., de Paz Nieves C., *Wpływ zdrowia i zachowań zdrowotnych na wyniki w nauce w krajach wysokorozwiniętych: przegląd badań*, Europejskie Regionalne Biuro WHO, Kopenhaga 2011.
8. Regidor E. et al., *Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults*, „Journal of Epidemiological and Community Health” 1999; 53(2): 75–82.
9. Knesebeck O., Verde P.E., Dragon N., *Education and health in 22 European countries*, „Social Science and Medicine” 2006; 63: 1344–1351.
10. *Health impacts of education – a review*, Institute of Public Health in Ireland, 2008.
11. Culter D., Lleras-Muney A., *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*, Paper No. 12352, <http://www.nber.org/digest/mar07/w12352.html>; dostęp: 13.05.2015
12. van Oort F.V.A., van Lenthe F.J., Mackenbach J.P., *Concurrence of lifestyle risk factors and the explanation of education inequalities in mortality. Results from the GLOBE study*, „Preventive Medicine” 20014; 39: 1126–1134.
13. Nielsen-Bohlman L., Panzer A., Kindig D., *Health literacy: A prescription to end confusion*, National Academies Press, Washington, DC 2004.
14. Roman D., za: *Szkola i nierówności społeczne. Diagnoza zjawiska i propozycje progresywnej polityki*, Raport Fundacji Amicus Europe, Warszawa, wrzesień 2012.
15. Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L., *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, „Studia BAS” 2014; 38 (2): 169–187
16. *Health Impact Assessment of California Proposition 49: After School Education and Safety Act of 2002*, http://www.ph.ucla.edu/hs/health-impact/docs/AfterschoolProp49_HIA_02-27-03.pdf; dostęp: 20.05.2015.
17. Centers for Disease Control and Prevention, *Health and Healthy Places: CDC's Built Environment and Health Initiative*, <http://www.cdc.gov/healthylives/about.htm>; dostęp: 13.05.2015.
18. Komisja Wspólnot Europejskich, *Biała Księga na Temat Sportu*, Bruksela, 11.07.2007.
19. Woynarowska B., *Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży*, „Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia” 2008; 3(12): 5.
20. *Global recommendations on physical activity for health*, World Health Organization, Geneva 2010.
21. *Physical Activity Guidelines Committee Report*, US Department of Health and Human Services, Washington 2008.
22. Raport NIK, *Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych*, Informacja o wynikach kontroli KNO-4101-06-00/2012, 6 września 2013.
23. World Health Organisation and Pan American Health Organisation, *Health Impact Assessment, Concepts and Guidelines for the Americas, Special Program on Sustainable Development and Health Equity*, Washington, DC 2013.

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. 1997 Nr 78 poz. 483).
- Ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz.U. 1991 Nr 95 poz. 425 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. 2005 Nr 164 poz. 1365 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2009 Nr 4 poz. 17).
- Rozporządzenie Ministra Sportu i Turystyki z dnia 6 kwietnia 2009 roku w sprawie dofinansowania z budżetu państwa zadań związanych z budową i remontami obiektów sportowych oraz rozwijaniem sportu (Dz.U. 2009 Nr 56 poz. 463).